

横手市特別養護老人ホームシルバードームいきいきの郷

重要事項説明書

(指定介護老人福祉施設)

(令和8年6月1日)

当施設は、ご入居者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。
当施設の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおりご説明いたします。
なお、当施設は介護保険の指定を受けております。

(秋田県指定第 0570351452 号)

1 事業者

| | |
|---------|-------------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人ファミリーケアサービス |
| 事業者の所在地 | 〒013-0044 秋田県横手市横山町1番1号 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 理事長 石山 清和 |
| 電話番号 | 0182-33-7777 |

2 ご利用施設

| | |
|--------|--------------------------------|
| 施設の名称 | 横手市特別養護老人ホームシルバードームいきいきの郷 |
| 施設の所在地 | 〒019-0701 秋田県横手市増田町増田字七日町177番地 |
| 管理者名 | 施設長 佐藤 公法 |
| 電話番号 | 0182-45-4411 |
| FAX番号 | 0182-45-4488 |

3 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 秋田県知事の事業者指定 | | 利用定員 |
|-------------------------|------------------------|------------|------|
| | 指定(更新)年月日 | 指定番号 | |
| 介護老人福祉施設 | 令和8年4月1日 | 0570351452 | 50人 |
| 短期入所生活介護 (介護予防) | 令和2年7月1日 (令和2年7月1日) | 0570317115 | 11人 |
| 地域密着型通所介護 (予防通所介護相当) | 令和2年7月1日 (令和2年7月1日) | 0570317107 | 18人 |
| 居宅介護支援 | 令和2年7月1日 | 0570317123 | — |

4 事業の目的と運営の方針

| | |
|---------|--|
| 事業の目的 | 介護保険法の理念と政省令の基準に基づき人員及び管理運営に関する事項を定め、ご入居者に対し、適正な指定介護老人福祉施設サービス（以下「施設サービス」と言う。）を提供することを目的とします。 |
| 施設の運営方針 | ご入居者及びご家族の立場に立ちながら施設サービスを提供するよう努め、各関連機関との連携も図り、地域及び家庭との結びつきを重視した運営を行います。また可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて、施設サービス計画に基づきご入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練を行います。 |

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物

| | | |
|----|-------|------------------------------|
| | 敷 地 | 9, 3 3 2. 8 0 m ² |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造一部鉄骨平屋建 (耐火建築) |
| | 延べ床面積 | 2, 8 7 5. 3 5 m ² |
| | 利用定員 | 5 0 名 |

(2) 居室

| 居室の種類 | 居室数 | 1床あたりの面積 |
|--|-----|-------------------------|
| 4人部屋 | 11室 | 9. 0 0 m ² |
| 2人部屋 | 1室 | 9. 0 0 m ² |
| 個 室 | 4室 | 1 0. 5 0 m ² |
| 全居室冷暖房完備 | | |
| ご入居者から居室の希望変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご入居者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご入居者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。 | | |

(3) その他主な設備

| | |
|-----------------------|------------|
| ①玄関 | ⑧一般浴室・特別浴室 |
| ②事務室、自動販売機 | ⑨洗濯室・汚物処理室 |
| ③サービステーション (介護職看護職員室) | ⑩トイレ・洗面所 |
| ④静養室 | ⑪厨房 |
| ⑤食堂・デイルーム | ⑫ボランティアルーム |
| ⑥デイルーム・日常動作訓練室 | ⑬乾燥室・倉庫 |
| ⑦デイルーム・介護研修 | ⑭相談室 |

6 職員体制 (以下は特養入居者 50 名、短期入所 11 名に対する職員配置の概要です)

| 職 種 | 職員数 | 職務内容 |
|-------------|-------------|-----------------|
| 施設長 | 1 名 | 施設運営の責任者 |
| 医 師 (嘱 託 医) | 1 名以上 | 診療及び健康管理、保健衛生指導 |
| 生活相談員 | 1 名以上 | 生活相談全般 |
| 介護職員 | 1 9 名以上 | 生活相談及び介護業務 |
| 看護職員 | 2 名以上 | 健康管理、保健衛生管理 |
| 栄養士又は管理栄養士 | 1 名以上 | 献立作成、栄養量計算、栄養指導 |
| 機能訓練指導員 | 1 名以上 | 日常生活上の機能訓練 |
| 介護支援専門員 | 1 名以上 | 介護サービス計画立案 |
| そ の 他 職 員 | 事業実施における適当数 | |

7 サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

ご入居者の心身の状況に応じて、自立支援と日常生活の充実に資するように施設サービス計画を作成し、ご入居者の同意のもと計画に応じた介護サービスを提供します。

| 種類 | 内 容 |
|---------------|---|
| 食事介助 | ご入居者の状態に合わせ、適切な介助を行います。 |
| 入浴介助 (特浴、一般浴) | 基本的には週 2 回以上。身体状況等により、ご入居者が快適に利用できるように浴槽を用意いたします。 |

| | |
|-----------------|--|
| 清拭 | 身体状況等により入浴が困難な場合は清拭を実施します。 |
| 体位交換 | 必要に応じ随時交換いたします。 |
| 移動 | ご入居者の身体の状況に応じ、車椅子、歩行器等適切な用具を使用して行います。 |
| 衣類の着脱 | ご入居者の身体の状況に応じ随時行います。 |
| 整容 | 必要に応じ随時行います。 |
| 清潔（洗顔、口腔清潔等） | 必要に応じ随時行います。 |
| 通院の介助 | 必要に応じ職員が同行し行います。 |
| 清掃 | 随時行います。 |
| 洗濯 | 随時行います。 |
| 居室配膳・下膳 | ご入居者の心身の状況に応じ対応いたします。 |
| 栄養ケアマネジメント | ご入居者個人毎の食事について、栄養士が適切な計画を立案し、食事の提供を行います。 |
| 嘱託医による回診 | 週2回実施し、嘱託医師の指示による医療処置を行います。 |
| 健康診断 | 1年に1回実施いたします。 |
| 健康相談・指導 | 嘱託医師、看護職員が行います。 |
| 医師の往診 | 必要に応じ行います。ただし医療保険給付外は実費を徴収いたします。 |
| 褥瘡防止対策 | ご入居者の身体の状況に応じ、適切な処置を行います。 |
| 日常生活に関わる相談、助言 | 必要に応じ対応いたします。 当施設の第三者委員や公的行政機関への相談の対応も行います。 |
| 福祉用具の利用方法の相談、助言 | 必要に応じ対応いたします。 |
| 重度化対応の整備 | ご入居者で重度の障害のある方は、嘱託医師の助言をもらいながら、適切な介助を行います。 |
| 看取りの指針 | ご入居者の状況に応じ、嘱託医師の助言をもらいながら、適切な介助を行います。 |

(2) 介護保険給付外サービス

| 種 類 | 内 容 |
|-----|--|
| 食 費 | 食材費及び調理費にかかわる費用です。 |
| 居住費 | この施設及び設備を利用し、居住するにあたり、光熱費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）に係る費用です。 |

(3) その他

| 種 類 | 内 容 |
|-----------------|--|
| 理 容 | 毎月1回（第4月曜日）市内の理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。1回2,000円 |
| 買い物代行 | 生活に必要な日用品について、ご入居者及びご家族等が自ら購入できない場合は、買い物代行サービスをご利用いただけます。ご利用いただく場合は、やむを得ない場合を除き、購入代金を添えてお申込みください。 |
| 金銭管理 （預り金管理） | ご入居者が所持する現金等の管理を、施設へ依頼する場合、金品のお預かりサービスをご利用いただけます。詳細は預かり金取り扱い要綱によります。 |
| 事務手続き代行 | 役所等への事務手続きは、必要に応じ代行いたします。ただし、手続き等で発生した手数料は実費をいただきます。 |
| そ の 他 | 日常生活に要する費用でご本人に負担いただくことが適当であるものについては実費負担となります。 例) レクリエーション等の活動費用・喫茶利用代金・インフルエンザ等の費用負担が生じるワクチン接種実費・その他ご入居者の私的用事にかかわる経費等。 |

8 サービス利用負担額

介護サービスと利用負担額については別紙1のとおりです。

(1) 介護保険給付サービス料

介護保険の告知上の額に従い、ご入居者の要介護度に応じた施設介護サービス費の負担割合証に記載された割合に応じた額をお支払いください。具体的な利用料については、軽減措置等の理由で個々のご入居者毎に違いますので契約時に提示いたします。

何らかの事情により、ご入居者が要介護認定を受けられずにサービスを利用する場合、その期間における介護保険給付サービス費の全額をお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が国民健康保険団体連合会から払い戻されます。(償還払い)

(2) 介護保険給付外サービス料

| | |
|---------|-------------------------------|
| 食 費・居住費 | 全額実費もしくは負担限度額認定証に記載された額となります。 |
|---------|-------------------------------|

9 介護保険給付サービス料及び介護保険給付外サービス料の支払い

介護保険給付サービス料の自己負担分については、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、請求当月の末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

なお、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する自己負担分については、利用日数に基づいて計算した金額とします。

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| ①事務室窓口での現金支払い | |
| ②下記指定口座への振込み | |
| 北都銀行 横手支店 普通預金 | 6 2 2 2 8 7 0 |
| 秋田銀行 横手支店 普通預金 | 8 6 4 1 9 0 |
| ゆうちょ銀行 通常預金 | 1 8 6 1 0 - 1 4 3 0 2 9 4 1 |
| 秋田ふるさと農協 横手支店 | 0 0 1 2 8 3 8 |
| ③ご入居者から管理依頼されている預貯金からの引落とし | |
| ④下記指定金融機関口座からの口座振替 | |
| 北都銀行、秋田銀行、ゆうちょ銀行、秋田ふるさと農協 | の全本支店対応 |

振込み手数料につきましては、ご入居者ご自身で負担願います。

10 協力医療機関と医療

(1)

| 協力医療機関① | |
|---------|---|
| 医療機関の名称 | 市立横手病院 |
| 院 長 名 | 藤 盛 修 成 |
| 所 在 地 | 〒013-0016 秋田県横手市根岸町5-31 |
| T E L | 0182-32-5001 |
| 診療科目 | 内科、心療内科、精神科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内分泌内科、神経内科、血液腎臓内科、外科、整形外科、小児科、皮膚科、産婦人科、眼科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科 |
| 入 院 設 備 | 195床 (一般病床191床、感染症病床4床) |
| 救急指定の有無 | 有 |
| 協力契約の内容 | ご入居者が急変した場合等の相談対応体制の常時確保、必要に応じた入院を含めた措置他 |

(2)

| 協力医療機関② | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 赤沢歯科医院 |
| 院長名 | 赤澤茂樹 |
| 所在地 | 〒019-0701 横手市増田町増田字本町3 |
| T E L | 0182-45-2037 |
| 診療科目 | 歯科 |
| 協力契約の内容 | ご入居者に対する、歯科に関する訪問診療体制範囲における措置、施設職員に対する必要な技術的助言または指導他 |

(3)

| ご入居者の医療 |
|---|
| ①病気やけがの治療は、当施設の嘱託医師、またはご入居者が選択する医療機関で受けていただくことになります。医療費は医療保険制度で支給される以外の費用はご入居者の負担となります。 |
| ②通院の付き添い、入退院の送迎は行いますが、入院中の付き添いは行いません。 |
| ③入院が3ヶ月以上にわたる見込みのある場合は契約解除の相談をさせていただきます。 |

11 非常時・災害時の対策

| | |
|-------------|---|
| 非常時の対応 | 別に定める「横手市特別養護老人ホームシルバードームいきいきの郷・消防計画」により対応します。 |
| 非常通報の体制 | 非常通報体制は、登録5名体制で全職員の連絡体制を確保しています。 |
| 近隣との協力関係 | 地域町内会等と話し合い非常時の応援協力体制について確保しております。 |
| 非常時の訓練と防災設備 | 別に定める「横手市特別養護老人ホームシルバードームいきいきの郷・消防計画」により、年2回以上夜間及び昼を想定した避難訓練を、ご入居者の方も参加して実施します。 |
| 防災設備の概要 | 屋内消火栓8カ所、消火器23カ所、避難経路6カ所、避難場所（増田地区多目的研修センター、亀田地域センター）を設置しております。 |

12 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|------------------|--|
| 身元引受人（連帯保証人以下省略） | 当施設において、介護老人福祉施設サービスの提供を受けるご入居者は、身元引受人2名を定めるものとします。ただし、真にやむを得ない事情がある場合は、身元引受人を定めないことができるものとします。 身元引受人は、予めご入居者が定めた場合を除き、契約終了後、ご入居者の残置物を引き取るものとします。 |
| 損害賠償 | 当施設において、事業者の責任によりご入居者に生じた損害については、その損害を賠償いたします。ただし、介護サービス提供上不可効力的に生じた損害、事故の補償については、ご入居者、事業者双方で協議することとします。 |
| 来訪・面会 | 来訪者は面会時間を守り、必ずその都度職員に声をかけてください。又来訪者が宿泊される場合は事前に許可を得てください。 |
| 外出・外泊 | 外出、外泊の際は1週間前に申し出下さい。必ず行き先と帰宅予定時間を職員に申し出て下さい。 |
| 居室・設備・器具の使用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用途にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙は所定の場所に限定させていただきます。 医師による限定がない限り喫煙・飲酒は可能ですが、事前にご相談下さい。 |
| 迷惑行為等 | けんか、暴行、中傷、口論、セクハラ等、他人に対する迷惑行為は禁じます。 |
| 所持品の管理 | ご利用時に所持品届を提出していただきます。なお、保管スペースは限られていますので、所持品は原則的に日常生活品に限り、貴重品は避けていただきます。 |

| | |
|-----------|---|
| 現金等の管理 | <p>現金等の管理を施設に依頼される場合は、必要に応じて施設に預けることができます。詳細は、預り金取り扱い要綱によります。</p> <p>概要は次のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理する金銭の限度額 30万円（特に依頼された場合を除く） ・お預かりするもの：通帳・印鑑 ・保管場所：事務室金庫 ・保管管理者：施設長 <p>ただし、ご入居者及び身元引受人によりおおむね3ヶ月毎に確認を頂戴いたします。また、入居契約の終了後30日以内に所持品、及び現金等は、ご入居者、身元引受人にお引渡します。</p> |
| ご贈答 | 職員個人に対する贈り物等のもてなしはご遠慮させていただきます。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の人に対しての、自身の信心している宗教や政治活動をご遠慮下さい。 |

13 入退居及び契約について

| |
|--|
| <p>入居について、入居ガイドラインに沿って入居調整委員会で決定します。入居に合わせ契約を締結し、サービス提供を開始いたします。</p> <p>ご入居者のご都合で退居される場合、退居を希望する日の7日前までにお申し出下さい。</p> <p>介護認定更新によりご入居者の要介護認定区分が非該当（自立）または要支援と認定された場合、所定の期間をもって退居していただくことになります。</p> <p>ご入居者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上滞り、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、またはご入居者やご家族等が当施設や当施設の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は退居していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前に文書で通知いたします。</p> <p>ご入居者が医療機関に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合または入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知のうえ、契約を終了させていただく場合がございます。この場合、退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出下さい。</p> <p>やむを得ない事情により当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し退居していただく場合がございます。この場合、契約終了の2ヶ月前までに文書で通知いたします。</p> <p>以下の場合、双方の通知・連絡等がなくとも自動的にサービス終了となります。</p> <p>ア ご入居者が他の介護保険施設又は措置施設に入居した場合</p> <p>イ ご入居者がお亡くなりになった場合</p> |
|--|

14 緊急時の対応

ご入居者に状態の変化等があった場合には、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、緊急連絡先にご連絡いたします。

《緊急連絡先》

| | |
|------|--|
| 氏 名 | |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |
| 続 柄 | |

15 事故発生時の対応

ご入居者が事故により身体に傷害を発生している場合は、応急処置をとり、嘱託医に連絡をして指示を仰ぐとともに、事故が発生した経緯をご家族の方に速やかにご連絡し、その後の経過も随時ご連絡いたします。

16 身体拘束廃止について

身体拘束廃止に向けた取り組みを進めます。ただし、ご入居者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合は、次の事項に則り身体拘束その他ご入居者の行動を制限する場合があります。

- ①家族に対する説明及び確認
- ②身体拘束検討委員会における検討
- ③施設長の許可
- ④拘束解除に向けた定期的な検討
- ⑤記録の整備

17 個人情報の使用について

ご入居者及びそのご家族の個人情報に関しては、必ず書面で同意を頂いた上で使用させていただきます。

ご入居者の施設サービス計画作成や、介護支援専門員やサービス事業者等との連絡調整において個人情報の使用・提供が必要になった場合は、必要最小限の情報を関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払い使用します。

18 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、従業者に対する研修の実施等を行い、虐待を受けたと思われる事例に関わった場合は、速やかに市町村等に通報する義務があります。

19 第三者による評価の実施状況

| | | | |
|------|------|------|--|
| 実施なし | 実施あり | 実施日 | |
| | | 評価機関 | |

20 相談・要望・苦情等の窓口

当施設の介護サービスに関する相談、要望、苦情等は下記までお申し出ください。なお、当事業所以外で市役所など行政機関等でも受付しています。

| | |
|-----------------------|--|
| <p>ご入居者 ご相談窓口</p> | <p>苦情受付担当者 生活相談員 大塚 貴広 ご利用時間 月～金曜日 午前9時～午後4時 ご利用方法 電話 0182-45-4411 窓口 当施設事務室 苦情解決責任者 施設長 佐藤 公法</p> |
| <p>第三者委員</p> | <p>鈴木 信好 電話 0182-36-1108 見田 貞一郎 電話 090-7075-9666 米 山 隆 電話 0182-26-3180</p> |
| <p>その他 相談窓口</p> | <p>《秋田県福祉サービス相談支援センター》 秋田県運営適正化委員会 住所 秋田県秋田市旭北栄町1-5 (秋田県社会福祉会館内) 電話 018-864-2726 FAX 018-864-2840 (受付時間 平日8:30～17:00) 《横手市の機関》横手市健康福祉部まると福祉課 住所 秋田県横手市中央町8番2号 本庁舎4階 電話 0182-35-2134 FAX 0182-32-9709 増田地域局 (市民サービス課) 0182-45-5514 平鹿地域局 (市民サービス課) 0182-24-1114 雄物川地域局 (市民サービス課) 0182-56-2134 大森地域局 (市民サービス課) 0182-26-4030 十文字地域局 (市民サービス課) 0182-42-5114 山内地域局 (市民サービス課) 0182-53-2933 大雄地域局 (市民サービス課) 0182-52-3905 横手市東部地域包括支援センター 0182-35-2160 横手市西部地域包括支援センター 0182-35-2135 横手市南部地域包括支援センター 0182-35-2177 《秋田県国民健康保険団体連合会》 住所 秋田県秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館4F 電話 018-862-6864 FAX 018-824-0043 (受付時間 平日9:00～17:00)</p> |

●介護サービスご利用負担額一覧表【特別養護老人ホームシルバードームいきいきの郷】

(1) 保険給付対象サービス

| | | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割) | 備考 |
|-------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|
| 介護福祉施設サービス費(Ⅱ) (多床室) | 要介護 1 | 589 円 | 1,178 円 | 1,767 円 | 1日につき |
| | 要介護 2 | 659 円 | 1,318 円 | 1,977 円 | 1日につき |
| | 要介護 3 | 732 円 | 1,464 円 | 2,196 円 | 1日につき |
| | 要介護 4 | 802 円 | 1,604 円 | 2,406 円 | 1日につき |
| | 要介護 5 | 871 円 | 1,742 円 | 2,613 円 | 1日につき |

| | | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割) | 備考 |
|----|------------------|---------|---------|---------|-----------|
| 加算 | 日常生活継続支援加算 1 | 36 円 | 72 円 | 108 円 | 1日につき 全員 |
| | 看護体制加算 I イ | 6 円 | 12 円 | 18 円 | 1日につき 全員 |
| | 看護体制加算 II イ | 13 円 | 26 円 | 39 円 | 1日につき 全員 |
| | 夜勤職員配置加算 I イ | 22 円 | 44 円 | 66 円 | 1日につき 全員 |
| | 夜勤職員配置加算 III イ | 28 円 | 56 円 | 84 円 | 1日につき 全員 |
| | 外泊時費用 | 246 円 | 492 円 | 738 円 | 月6日限度 該当者 |
| | 初期加算 | 30 円 | 60 円 | 90 円 | 1日につき 該当者 |
| | 協力医療機関連携加算 1 | 50 円 | 100 円 | 150 円 | 1月につき 全員 |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 I | 100 円 | 200 円 | 300 円 | 1月につき 全員 |
| | 再入所時栄養連携加算 | 200 円 | 400 円 | 600 円 | 1回限り 該当者 |
| | 退所前訪問相談援助加算 | 460 円 | 920 円 | 1,380 円 | 1回につき 該当者 |
| | 退所後訪問相談援助加算 | 460 円 | 920 円 | 1,380 円 | 1回につき 該当者 |
| | 退所時相談援助加算 | 400 円 | 800 円 | 1,200 円 | 1回限り 該当者 |
| | 退所前連携加算 | 500 円 | 1,000 円 | 1,500 円 | 1回限り 該当者 |
| | 栄養マネジメント強化加算 | 11 円 | 22 円 | 33 円 | 1日につき 全員 |
| | 経口移行加算 | 28 円 | 56 円 | 84 円 | 1日につき 該当者 |
| | 経口維持加算 I | 400 円 | 800 円 | 1,200 円 | 1月につき 該当者 |
| | 経口維持加算 II | 100 円 | 200 円 | 300 円 | 1月につき 該当者 |
| | 口腔衛生管理加算 I | 90 円 | 180 円 | 270 円 | 1月につき 該当者 |
| | 口腔衛生管理加算 II | 110 円 | 220 円 | 330 円 | 1月につき 該当者 |
| | 療養食加算 | 6 円 | 12 円 | 18 円 | 1回につき 該当者 |
| | 看取り介護加算 I 1 | 72 円 | 144 円 | 216 円 | 1日につき 該当者 |
| | 看取り介護加算 I 2 | 144 円 | 288 円 | 432 円 | 1日につき 該当者 |
| | 看取り介護加算 I 3 | 680 円 | 1,360 円 | 2,040 円 | 1日につき 該当者 |
| | 看取り介護加算 I 4 | 1,280 円 | 2,560 円 | 3,840 円 | 1日につき 該当者 |
| | 科学的介護推進体制加算 II | 50 円 | 100 円 | 150 円 | 1月につき 全員 |
| | 安全対策体制加算 | 20 円 | 40 円 | 60 円 | 1回限り 該当者 |
| | 在宅復帰支援機能加算 | 10 円 | 20 円 | 30 円 | 1日につき 該当者 |

※ 現在の個室の面積が基準を大きく下回るため、個室のご利用者につきましても、多床室料金を適用させていただきます。

| | | |
|----|------------------------------------|----------|
| 加算 | 介護職員処遇改善加算 I 口(所定単位数の 176/1000 加算) | 1月につき 全員 |
|----|------------------------------------|----------|

(2) 保険給付対象外サービス

① 居住費(滞在費)

| | | 負担額 | 備考 |
|-----|--------|-------|-------|
| 多床室 | 第 1 段階 | 0 円 | 1日につき |
| | 第 2 段階 | 430 円 | 1日につき |
| | 第 3 段階 | 430 円 | 1日につき |
| | 第 4 段階 | 915 円 | 1日につき |

② 食費

| | | 負担額 | 備考 |
|----|----------|---------|-------|
| 共通 | 第 1 段階 | 300 円 | 1日につき |
| | 第 2 段階 | 390 円 | 1日につき |
| | 第 3 段階 ① | 650 円 | 1日につき |
| | 第 3 段階 ② | 1,360 円 | 1日につき |
| | 第 4 段階 | 1,445 円 | 1日につき |

(3) 食費・居住費(滞在費)の負担限度額について

食費・居住費(滞在費)の負担額は、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費及び居住費(滞在費)の金額(1日当たり)のご負担となります。

尚、(2)の食費及び居住費(滞在費)一覧表における食費・居住費の負担段階は次によります。

| 利用者負担段階 | 対象となる人 |
|---------|--|
| 第1段階 | <ul style="list-style-type: none"> ●本人及び世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金の受給者 ●生活保護の受給者 |
| 第2段階 | <ul style="list-style-type: none"> ●本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円9千円以下の人 ●預貯金、有価証券、現金、負債等の合計が、単身で650万円以下、夫婦で1,650万円以下であること。 |
| 第3段階(1) | <ul style="list-style-type: none"> ●本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円9千円超120万円以下の人 ●預貯金、有価証券、現金、負債等の合計が、単身で550万円以下、夫婦で1,550万円以下であること。 |
| 第3段階(2) | <ul style="list-style-type: none"> ●本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超の人 ●預貯金、有価証券、現金、負債等の合計が、単身で500万円以下、夫婦で1,500万円以下であること。 |
| 第4段階 | <ul style="list-style-type: none"> ●世帯分離をしている配偶者が住民税課税者の人 ●住民税を課税されている人 |

(4) その他のサービス

| | 負担額 | 備考 |
|------------|---------|----------|
| 理容サービス(理髪) | 2,000 円 | 1回につき |
| 買い物 | 実費 | 買い物代金 |
| 役所等の手続き | 実費 | 役所等での手数料 |

説明日：令和____年____月____日

当施設は、指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、ご入居者及びご家族、身元引受人に対し本書面に基づき重要事項を説明し交付しました。

事業者名 社会福祉法人ファミリーケアサービス
施設名 横手市特別養護老人ホームシルバードームいきいきの郷
(秋田県指定第0570351452号)
施設所在地 秋田県横手市増田町増田字七日町177番町
管理者氏名 佐藤 公法
説明者 職名 _____

氏名 _____ 印

令和____年____月____日

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の交付と説明を受け受領しました。また、当該事所において指定介護老人福祉施設サービスの提供を受けることについて同意します。

ご入居者
住 所 _____
氏 名 _____ 印
代 理 人 _____ 印

身元引受人
住 所 _____
氏 名 _____ 印
ご入居者との続柄 _____

身元引受人
住 所 _____
氏 名 _____ 印
ご入居者との続柄 _____